

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932 - 1933. — N° 101

Kystes paradentaires et Conservation des dents

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Jeudi 22 Décembre 1932

PAR

Robert-Louis-Jean BOURDIER

ANCIEN ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à ARCACHON (Gironde), le 10 septembre 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CAVALIÉ, professeur.....	Président.
		RÉCHOU, professeur.....	{ Juges.
		BEAUVIEUX, agrégé.....	
		DUBECQ, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932 - 1933. — N° 101

Kystes paradentaires et Conservation des dents

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Jeudi 22 Décembre 1932

PAR

Robert-Louis-Jean BOURDIER

ANCIEN ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né a ARCACHON (Gironde), le 10 septembre 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CAVALIÉ, professeur.....	Président.
		RÉCHOU, professeur.....	Juges.
		BEAUVIEUX, agrégé.....	
		DUBECQ, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSE, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELIER.

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique médicale..... MAURIAC.	Zoologie et parasitologie..... MANDOUL.
id..... CASSAET.	Médecine expérimentale..... DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale..... CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique..... TEULIÈRES.
id..... BÉGOUIN.	Clinique chirur. infantile et orthopédie..... ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales... CARLES.	Clinique gynécologique..... GUYOT.
Clinique d'accouchements..... ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants... CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique. SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale..... DELAUNAY.
Anatomie..... VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique... SIGALAS.
Anatomie générale et histologie..... G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques. BONNIN.
Physiologie..... PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques. PETGES.
Hygiène..... LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires. DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie..... LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales. ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité méd. RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... PORTMANN.
Chimie..... CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée..... LABAT.
Botanique et matière médicale..... BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.. CREYX.
Pharmacie..... DUPOUY.	Clinique dentaire..... CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale), MURATET (Anatomie pathologique), GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie..... DUBECQ.	Chirurgie générale..... PAPIN.
id..... DUFOUR.	id..... JEANNENEY.
Physiologie..... FABRE.	id..... CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles... R. SIGALAS.	id..... LOUBAT.
Médecine générale..... N.	Obstétrique..... PERY.
id..... AUBERTIN.	id..... RIVIÈRE.
id..... DAMADE.	Ophtalmologie..... BEAUVIEUX.
id..... PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie..... JOULIA.
id..... DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie. VITTE.
Maladies mentales..... PERRENS.	

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Médecine opératoire..... PAPIN.	Puériculture..... FAUGÈRE.
Physiologie..... FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.. GOLSE.
Accouchements..... PERY.	Zoologie et parasitologie..... R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....	MM. { CABANNES (en congé). BEAUVIEUX (chargé). N. GOURDON. DELGUEL.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.	
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....	
id..... Clinique dentaire.....	

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui so
présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner
approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

A MA FEMME ET A NOTRE FILS

A MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A MON CAMARADE ET AMI

MONSIEUR LE DOCTEUR DUBERNARD

*Ex-Interne provisoire,
Assistant du Docteur Delguet,
Stomatologiste des Hôpitaux,*

Qui a bien voulu m'inspirer le sujet
de cette thèse.

Je suis heureux de lui exprimer ici
toute mon affectueuse reconnaissance.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DELGUEL

*Stomatologiste des Hôpitaux,
Chargé de cours à la Faculté,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de Guerre,*

Qui nous a accueilli dans son service avec bienveillance et n'a pas cessé, dès lors, de nous prodiguer ses conseils éclairés.

Nous le prions d'accepter nos remerciements pour les observations qu'il a bien voulu nous communiquer afin de nous aider à la préparation de notre thèse.

Qu'il daigne agréer le témoignage de notre respectueuse gratitude.

A MES MAITRES
DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

AU DIRECTEUR ET A MES MAITRES
DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE
DE BORDEAUX

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CAVALIE

*Professeur de Clinique stomatologique et dentaire
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Officier de l'Instruction publique,*

Nous sommes heureux de nommer au début de ce modeste ouvrage Monsieur le Professeur Cavalié, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Qu'il veuille bien croire à l'expression de nos sincères remerciements et à l'assurance de nos sentiments respectueux.

Kystes paradentaires

et

Conservation des dents

INTRODUCTION

Nous étant spécialisé en odonto-stomatologie, nous nous sommes intéressé tout particulièrement aux traitements chirurgicaux conservateurs, qui permettent de traiter des dents atteintes de lésions inflammatoires aiguës ou chroniques.

C'est ainsi que nous avons vu persister des dents très compromises; et l'application de ces méthodes au traitement des kystes paradentaires par notre maître le Docteur Delguet nous a fait pratiquer des techniques déjà anciennes, qui avaient été abandonnées pour être remplacées à peu près systématiquement par les méthodes, soit d'énucléation avec curettage alvéolaire (méthode de Cavalié), soit de marsupialisation (méthode de Partsch).

Nous ne voulons pas en faire une panacée universelle, étant donné la nécessité de recourir parfois aux cures radicales définitives. Cependant, nous pouvons affirmer que ces traitements conservateurs pourront nous fournir d'excellents résultats, en tout point comparables à ceux que l'on obtient dans le traitement des périapexites (rapport du Docteur

Lacronique au Congrès de stomatologie d'octobre 1929), résultats parfaits dans 93 p. 100 des cas.

Notre travail consistera surtout à montrer que nous pouvons faire des cures radicales de kystes paradentaires, soit par marsupialisation, soit par énucléation de la poche kystique, en appliquant à la dent causale des traitements appropriés que nous verrons ultérieurement.

Nous arriverons ainsi à supprimer la partie proliférante du kyste paradentaire et à traiter, d'une façon aussi parfaite que possible, les lésions inflammatoires chroniques périradiculaires qui sont à la base de la prolifération des débris épithéliaux paradentaires de Malassez.

PLAN

DÉFINITION ET SYNONYMIE.

PREMIÈRE PARTIE :

CHAPITRE I . — *Etiologie.*

CHAPITRE II . — *Pathogénie.*

CHAPITRE III. — *Anatomie pathologique.*

DEUXIÈME PARTIE :

CHAPITRE I . — *Diagnostic positif.*

CHAPITRE II. — *Traitement et suite du traitement.*

TROISIÈME PARTIE :

CHAPITRE I . — *Indications conservatrices et contre-indications.*

CHAPITRE II. — *Choix de la méthode.*

QUATRIÈME PARTIE : *Observations.*

CONCLUSIONS.

BIBLIOGRAPHIE.

DEFINITION ET SYNONYMIE

I. — Définition.

On entend par kystes paradentaires des productions pathologiques kystiques :

- Sans caractères de malignité;
- Dont la paroi interne est tapissée d'un épithélium avec un contenu généralement liquide;
- Se développant au niveau des maxillaires;
- En rapport avec le système dentaire embryonnaire;
- Le plus souvent au contact ou au voisinage de la racine d'une dent atteinte de carie pénétrante.

II. — Synonymie.

L'appellation des kystes paradentaires a été très variée. Nous la rappellerons succinctement. Ils ont été nommés successivement, suivant les idées pathogéniques ou anatomo-pathologiques des différents auteurs : kystes uniloculaires, alvéolo-dentaires, périostiques, odontopathiques, radiculaires, radiculo-dentaires, juxta-radiculaires (vrais kystes, faux kystes), appendiculaires, adamantinomes kystiques.

PREMIERE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE

C'est une affection fréquente, qui appartient surtout à l'adolescence et à l'âge adulte et qui se rencontrerait plutôt chez la femme que chez l'homme.

A l'origine, on trouve pour ainsi dire toujours une infection pulpaire atténuée, qui est consécutive le plus souvent à une carie pénétrante et plus rarement à une mortification pulpaire d'origine mécanique (traumatisme) ou chimique (obturation au silicate, dévitalisation thérapeutique).

Ce processus se conçoit bien : nous savons, en effet, que toutes les infections dentaires qui aboutissent à la nécrose pulpaire peuvent, par l'intermédiaire des canaux radiculaires, s'étendre aux parois alvéolaires et donner lieu à des infections aiguës ou chroniques au niveau de la membrane circumradiculaire de Ranvier. Les premières lésions inflammatoires se manifestent au niveau de l'apex, dans cette cavité virtuelle décrite par Black et appelée « espace de Black », dont la fonction physiologique nous est bien connue. De là, l'infection peut s'étendre à toute la membrane circumradiculaire, et nous verrons plus loin que le point de départ des kystes paradentaires se trouve justement à ce niveau.

Il a été décrit des kystes apparaissant au niveau de certaines lésions de pyorrhées alvéolo-dentaires et même à la

suite d'accidents de dents de sagesse; ces faits sont l'exception.

A côté de ces facteurs locaux, il faut tenir compte de certaines affections générales qui semblent prédisposer à ce mode de réaction de la membrane circumradiculaire. Poncet et Leriche ont pu incriminer dans certains cas la tuberculose et Cavalié ferait jouer un rôle prédisposant à la syphilis héréditaire. Enfin, certains auteurs (Cavalié, Jacques) pensent qu'il pourrait exister des tempéraments kystogènes héréditaires. Ces derniers auteurs se sont basés sur des faits cliniques indéniables, qui permettent de constater l'apparition de kystes paradentaires et multiples sur un même sujet et la grande fréquence des dévitalisations dentaires par rapport au petit nombre des kystes paradentaires. Certains organismes seraient donc prédisposés à ces formations tumorales bénignes.

CHAPITRE II

PATHOGENIE

De nombreuses théories ont été émises, sur lesquelles nous ne reviendrons pas.

Il faut arriver aux travaux de Malassez pour trouver enfin une notion sûre d'où partent les théories modernes que nous exposerons ici.

I. — Point de départ des kystes paradentaires.

On le trouve dans les débris épithéliaux paradentaires découverts par Malassez :

« Il arriva à découvrir autour et au voisinage de toutes les dents qu'il examina à ce point de vue des petites masses cellulaires (sans caractères bien nets) ayant pour origine les formations épithéliales de dentitions qui ne disparaissent pas entièrement une fois la dentition complètement achevée; il donna à ces débris le nom de « débris épithéliaux paradentaires ». Il constata, d'autre part, que sous l'influence d'irritation ces débris peuvent proliférer, se différencier et reprendre certains de leurs caractères originaires. »

Et Delater et Bercher ajoutent, reprenant ces notions : « Ils se présentent comme des éléments menant une vie latente. C'est, semble-t-il, une morphologie voisine de celle que présentent les cellules indifférenciées de l'épithélium gingival du jeune fœtus.

» Ils ont cet aspect quelle qu'ait été leur fonction dans la formation des dents.

» Rappelons seulement que toutes ces cellules appartiennent à la lignée adamantine. Les para-apexiennes sont les plus importantes, mais il est un groupe qu'il ne faut pas oublier, c'est celui qui reste dans la paroi osseuse après la disparition de la dentition de lait. »

Peut-être, dans cette dernière notion, trouvons-nous l'origine des « vrais kystes » de Cavalié, qui pourraient être des kystes paradentaires nés au moment de la dentition de lait et qui, une fois celle-ci disparue, ont perdu toute connexion avec le système dentaire permanent.

II. — Cause des kystes paradentaires.

C'est l'infection pulpaire atténuée étendue à la membrane circumradiculaire (Se rapporter au chapitre *Etiologie*).

III. — Modes de formation des kystes paradentaires.

Elle s'effectuerait en deux étapes : d'abord, formation d'un granulome, puis transformation de ce granulome en kyste.

A. — FORMATION DU GRANULOME.

Nous l'emprunterons à Croquefer : « Lorsque les micro-organismes, ayant dépassé l'apex, portent leur attaque au niveau du ligament qui environne l'apex de la dent... Si ces micro-organismes ne sont pas suffisamment virulents pour frapper immédiatement de mort les tissus environnants ou pour aboutir très rapidement à la suppuration, nous assistons à la formation d'un granulome au niveau de la racine. »

Ce granulome se présente, d'après Delater et Bercher, sous forme : «... d'une masse d'apparence encapsulée entourant l'apex; à la coupe, il se compose :

» 1° D'un tissu conjonctif jeune hyperplasié bourré de mononucléaires et de plasmazellens.

» 2° D'un épithélium à évolution typique variable :

» a) L'épithélium a toujours une de ses parties au contact de la racine, et en particulier de l'apex. L'autre partie pénètre le conjonctif sous forme de digitations radiées plus nettes à la périphérie, où elles viennent butter contre les travées fibreuses de la capsule;

» b) L'épithélium est toujours habité par des polynucléaires, qui restent strictement enfermés partout où l'épithélium et le conjonctif sont nettement séparés par la couche génératrice épithéliale.

» Le centre du granulome est le centre d'activité de la tumeur. La lutte contre l'infection y est plus active. L'hyperplasie réactionnelle y bouleverse les tissus et fait d'eux une fongosité où ils deviennent méconnaissables et où dominent les polynucléaires.

» L'hyperplasie peut devenir excessive, maligne même..., mais l'évolution la plus banale de ce granulome est sa vacuolisation kystique. »

B. — TRANSFORMATION DU GRANULOME EN KYSTE PARADENTAIRE.

Comment donc se fait-elle et de quelle manière ?

D'abord, d'après la tendance de l'épithélium à s'organiser, suivant sa nature, en membrane épithéliale : « Là encore, la néoformation pathologique tend à imiter la normale. » (Malassez.)

Puis, différentes théories s'affrontent :

THÉORIE DE MALASSEZ. — Malassez considère le kyste comme formé primitivement aux dépens des débris épithéliaux :

« Sous l'influence de l'irritation néoformative par polarisation cellulaire de ces éléments indifférenciés, la différenciation de ces débris épithéliaux proliférés peut aussi se faire dans le sens d'épithélium de revêtement et donner lieu à une néoformation kystique. »

THÉORIE DE REDIER. — Ce serait un granulome suppuré se transformant secondairement en kyste.

Soit, dans la classification de Redier, un granulome abcédé avec bourgeon épithélial : « Si l'exsudat est peu abondant... et surtout s'il est circonscrit par un de ces cloisonnements épithéliaux en forme de calotte décrits par Malassez..., il subit un véritable enkystement aboutissant à la production d'un kyste paradentaire. »

THÉORIE DE DELATER ET BERCHER ET DE CROQUEFER. — Par vacuolisation kystique de l'épithélium hyperplasié. Cette vacuolisation se faisant «... dans la partie centrale du granulome, il se produit des hémorragies dissociant les tissus environnants, aidées en cela par des processus de dégénérescence cholestériniques.

» Une fois le granulome vacuolisé, la cavité se revêt d'un épithélium par prolifération des débris épithéliaux. »

Croquefer admet bien la dégénérescence cholestérinique, mais ne l'attribue pas à la même origine. Le facteur hémorragie est pour lui secondaire. La cholestérine proviendrait principalement pour lui des lymphocytes dégénérés.

C. — COMMENT S'EFFECTUE L'ÉVOLUTION PROGRESSIVE DES KYSTES PARADENTAIRES.

Pour Croquefer, elle est de cause infectieuse et s'effectue par poussées inflammatoires successives suivies d'un processus de dégénérescence cholestérinique, cette infection pouvant intéresser une partie ou la totalité de la paroi.

Pour Witzel, selon Adler, l'accroissement serait dû aux sécrétions continuelles de la membrane épithéliale.

Il est possible que ces deux facteurs s'associent, mais le plus important semble être le premier.

D. — EXPLICATION DES KYSTES SANS ÉPITHÉLIUM.

Selon Delater et Bercher :

« Pour les pseudo-kystes inflammatoires de certains au-

teurs, où on ne trouve pas de bordure épithéliale, ils ont même origine que les autres.

» Par suite d'une infection massive atteignant avec prédilection l'épithélium, les cellules du revêtement épithélial ont dégénéré et sont desquamées.

» Cette opinion est appuyée sur la ressemblance que présente le tissu mucoïde de la coque kystique dans tous les cas. »

E. — VALEUR DES DIFFÉRENTS TYPES D'ÉPITHÉLIUM.

Toujours d'après Delater et Bercher : « Il n'y a aucune différence de nature entre les kystes à épithélium malpighien et les kystes à épithélium adamantin...; ce qui fait la différence, c'est une différence dans l'âge auquel les débris épithéliaux ont été surpris par la tumeur naissante. »

F. — EXPLICATION DES POUSSÉES INFLAMMATOIRES.

Elles proviennent du centre microbiologique de la tumeur — qui est, comme nous le savons, le canal radiculaire de la dent causale — sous l'influence d'une augmentation de la virulence des agents pathogènes.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. — Anatomie pathologique macroscopique.

Les kystes paradentaires sont des tumeurs de forme arrondie uni ou pauciloculaire, de volume variable, pouvant aller de la grosseur d'un pois à la grosseur d'une mandarine.

Ils sont constitués par une paroi limitant une cavité close à contenu liquide, semi-liquide ou pâteux.

Cette paroi est d'épaisseur variable, de un à quelques millimètres, et d'autant plus mince que le kyste est plus gros. Sa face externe est dure, sa face interne présente un aspect velouté.

Les kystes paradentaires peuvent siéger au niveau des deux maxillaires; leur fréquence sur tel ou tel groupe de dents, serait en rapport avec la fréquences des caries pénétrantes à ce niveau-là, plutôt que par prédilection.

Au maxillaire supérieur, leur évolution se fait le plus souvent vers la face vestibulaire, parfois vers la supra-structure (au niveau de la région antérieure, vers les fosses nasales; au niveau de la région latérale, vers le sinus); enfin, mais plus rarement, ils peuvent avoir une évolution palatine.

Au maxillaire inférieur, ils restent plus longtemps emprisonnés entre les deux tables du maxillaire, puis ils finissent par évoluer vers la région vestibulaire.

Leur contenu est le plus souvent un liquide jaune clair, filant, fréquemment rendu scintillant par des cristaux de cholestérine; parfois, il est semi-liquide ou même pâteux.

LÉSIONS OSSEUSES.

Les kystes creusent par un processus d'ostéite raréfiante le tissu osseux d'une cavité plus ou moins grande, d'aspect lisse et brillant.

Quand ils ne sont pas infectés, ils sont peu adhérents à cette cavité, sauf au niveau des pédicules vasculaires.

LÉSIONS RADICULAIRES DE LA DENT CAUSALE.

Ces lésions sont les mêmes que celles des dents atteintes d'arthrite chronique; mais on note, fréquemment, en outre, une résorption du cément et de la dentine radiculaires au niveau de la partie de la racine qui se trouve à nu dans la cavité kystique. Et au niveau de la membrane circumradiculaire, on constate une destruction d'étendue et de disposition variables suivant les rapports et la position du kyste avec la racine.

Dans le cas le plus fréquent (80 p. 100 selon Redier), où l'apex est à nu dans la cavité kystique, toute la partie de la racine qui se trouve à l'intérieur de la cavité a perdu son ligament jusqu'au niveau de la collerette d'insertion du kyste.

Dans le cas où le kyste est latéro-radulaire, la dénudation est latérale et correspond à l'insertion du kyste. Enfin, le kyste peut être simplement réuni à l'apex de la racine par un pédicule conjonctif.

LÉSIONS DES DENTS VOISINES.

En s'accroissant, le kyste finit par atteindre les dents voisines. Après avoir usé les tissus qui le séparent de ces dernières, il arrive au contact de leur région apicale et la refoule, faisant dévier les dents. Ces dents conservent généralement leur vitalité, leur paquet vasculo-nerveux se logeant dans la paroi kystique. Cependant, si le kyste vient à s'infecter, l'apex de ces racines peut finir par le perforer à la faveur d'une effraction de la paroi déterminée par la complication infectieuse.

LÉSIONS DU PAQUET VASCULO-NERVEUX DENTAIRE INFÉRIEUR.

Le paquet vasculo-nerveux est d'abord repoussé par l'évolution progressive du kyste; puis, à une période plus avancée, il finit par contracter des rapports intimes avec sa paroi conjonctive.

On observe alors parfois sa destruction, ou sa compression, ce qui peut provoquer l'apparition de phénomènes douloureux. Dans d'autres cas, enfin, une complication infectieuse venant frapper le kyste, le paquet vasculo-nerveux peut s'enflammer.

RAPPORTS DU KYSTE AVEC LE SINUS.

Nous donnerons ici le résumé de l'opinion des Docteurs Grand, Claude et Maurel :

« La région antrale peut être envahie par le kyste de deux manières : ou bien celui-ci refoule progressivement le sinus devant lui. Il s'invagine à son intérieur et finit par détruire tous ses éléments : il n'existe plus que les parois osseuses du sinus (c'est là le processus habituel dans les cas non suppurés); ou bien, le kyste ayant suppuré, le sinus est atteint, par voisinage, d'une réaction inflammatoire plus ou moins intense... Dans ces cas, la paroi cysto-sinusienne persiste en général sans effraction macroscopique; mais exceptionnellement cette effraction peut être retrouvée. »

II. — Anatomie pathologique microscopique.

La *paroi kystique* se compose de trois couches, qui sont, en allant de dehors en dedans : la *techa fibrosa*, la *techa propria*, la *techa epithelia*.

La *techa fibrosa* est un tissu conjonctif disposé en lames parallèles dont la densité va en s'accroissant vers la périphérie.

La *techa propria* se compose d'un tissu conjonctif jeune, très richement vascularisé et contenant, en quantité variable

suivant le degré de son infection, des cellules inflammatoires.

La techa épithelia est formée par un tissu épithélial pavimenteux stratifié, dont la couche profonde, de nature malpighienne ou adamantine, repose sur la techa propria sans interposition de membrane basale.

Le *liquide kystique* est un liquide albumineux, contenant en suspension quelques éléments figurés et des cristaux de cholestérine.

RAPPORTS MICROSCOPIQUES DE LA PAROI KYSTIQUE

AVEC LA RACINE DE LA DENT CAUSALE.

Dans le cas où la racine se trouve à nu dans le kyste, le revêtement épithélial est interrompu à son niveau et l'entoure d'une collerette d'insertion; quant à l'enveloppe fibro-conjonctive, elle se continue avec le ligament alvéolo-dentaire.

Dans le cas contraire, où le kyste est séparé de la dent, le revêtement épithélial est ininterrompu et le kyste se trouve réuni à l'apex par un pédicule conjonctif, prolongement de la couche fibro-conjonctive.

CAS D'INFECTION AIGÜE DU KYSTE.

L'aspect macroscopique et microscopique change; la paroi est devenue plus épaisse et plus adhérente à la cavité osseuse au niveau du point infecté. A ce niveau, sa face interne s'est hérissée de formations polypeuses, qui sont recouvertes d'un magma d'aspect micacé.

L'examen microscopique révèle une infiltration profonde de la techa propria; et souvent, la couche épithéliale, frappée de mort, a disparu. Cet aspect peut être localisé ou généralisé suivant que l'infection s'est localisée en un point ou a atteint toute la paroi kystique.

Le contenu kystique a changé aussi; il est devenu brun sale, séro-purulent...

DEUXIEME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

DIAGNOSTIC POSITIF

Avant de pratiquer l'intervention, le diagnostic de kyste paradentaire étant posé, il sera nécessaire de le compléter par diverses recherches : siège exact du kyste, volume, état, rapports avec les cavités naturelles voisines, rapports avec les organes importants contenus dans les maxillaires (paquet vasculo-nerveux dentaire inférieur), rapports avec le système dentaire et, notamment, état de la dent causale, état du système dentaire en général.

Pour cela, le stomatologiste doit faire état de tous les renseignements que peuvent lui fournir la clinique, l'examen physique et la radiographie.

La clinique le renseignera sur le mode d'évolution du kyste, ses rapports importants probables, l'état de la dent causale et de la denture en général...

L'examen physique par ponction, par recherche de la variabilité de la tension quand on fait souffler par le nez les narines bouchées, ou bien quand on appuie sur le plancher des fosses nasales, lui donnera des renseignements sur l'état

du kyste et sur ses rapports avec les cavités voisines. Par la recherche de la transparence et des réactions au chaud et au froid, il sera renseigné sur la vitalité des dents voisines du kyste.

Enfin, la radiographie confirmera ces divers renseignements et lui fournira quelques notions précieuses en vue du mode d'intervention qu'il aura choisi.

CHAPITRE II

TRAITEMENT

Le traitement se divise en plusieurs phases dont nous emprunterons les grandes lignes à l'ouvrage de Lacronique sur le « Traitement chirurgical des foyers apexiens », paru dans la *Revue de stomatologie* du mois d'octobre 1929.

Il comprend :

- la préparation à l'opération;
- l'opération;
- les suites opératoires.

LA PRÉPARATION A L'OPÉRATION.

Ce n'est pas une intervention d'urgence; le stomatologiste a donc le temps voulu pour mettre de son côté toutes les chances d'un succès thérapeutique.

D'abord, il faudra faire accepter au patient l'intervention chirurgicale nécessaire à sa guérison; puis on pratiquera ou on fera pratiquer un examen de l'état général du malade permettant d'éliminer les contre-indications temporaires ou permanentes à toute intervention et d'aiguiller le choix sur le mode d'intervention, sur l'anesthésique à employer, etc. Enfin, on renseignera le malade sur le traitement que l'on compte faire, tout en se réservant le droit de le modifier, au cours de l'intervention, en face de constatations imprévues.

Ceci fait, on passera à une préparation locale minutieuse, qui favorisera l'opération et ses suites; on mettra la cavité buccale dans les meilleures conditions d'hygiène par l'assainissement des muqueuses et des dents et l'on soignera la

dent causale que l'on veut conserver en lui faisant subir le traitement général des caries pénétrantes : nettoyage de la cavité coronaire, ouverture de la chambre pulpaire, nettoyage et agrandissement mécano-chimique des canaux, mise en place d'une obturation temporaire conservant la perméabilité des canaux.

Ce premier travail accompli, on passera à l'acte opératoire.

Celui-ci pourra s'effectuer dans le cabinet dentaire, mais il est préférable d'intervenir dans une salle d'opération. A moins de contre-indication, le fauteuil dentaire moderne, entièrement articulé, sera plus pratique que la table d'opération (meilleure visibilité, facilité plus grande pour évacuer les liquides de la cavité buccale avec la pompe à salive, etc). Le patient, attaché au fauteuil ou à la table, sera revêtu d'un champ opératoire cachant entièrement ses vêtements; pour la face, il y aura intérêt à se servir d'un champ percé d'un orifice pour l'ouverture buccale.

L'anesthésie. — L'anesthésie locale par infiltration est le plus souvent suffisante, mais, à moins de contre-indication venant de la répulsion du malade, nous préférons pratiquer l'anesthésie tronculaire, qui a l'avantage de donner une insensibilité plus absolue et de plus longue durée.

Cette anesthésie se fait après avoir passé à l'alcool iodé le point d'injection.

Pour le maxillaire inférieur, elle s'effectuera le plus souvent au niveau de l'épine de Spix.

Et, pour le maxillaire supérieur :

Soit au niveau du tronc du nerf maxillaire supérieur, à son passage dans l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire par la voie zygomatique;

Soit au niveau des branches du nerf maxillaire supérieur. Ce procédé sera partout indiqué pour les kystes des dents monoradiculaires. Nous pratiquerons alors une anesthésie du nerf dentaire antérieur et supérieur dans la fosse canine, suivie d'une anesthésie du nerf naso-palatin à son passage dans le canal palatin antérieur.

L'ACTE OPÉRATOIRE.

L'anesthésie étant obtenue, commence l'opération proprement dite.

Celle-ci, visant, d'une part, à supprimer la tumeur; d'autre part, à traiter la dent causale, se divise en deux temps — temps tumoral, temps dentaire — qui pourront, suivant les cas, se succéder ou être faits séparément.

a) TEMPS TUMORAL. — Il doit toujours être le premier. Deux méthodes s'offrent à nous suivant le cas clinique : méthode d'extirpation, méthode de marsupialisation.

1° *Méthode d'extirpation.* — La voie d'accès est vestibulaire ou palatine, suivant le siège du kyste.

Au niveau de la partie la plus saillante de la tumeur, on fait une incision horizontale débordant le kyste de chaque côté; pour sa profondeur, deux cas peuvent se présenter : la table externe du maxillaire est encore intacte ou a été détruite par le kyste.

Dans le premier cas, l'incision ira jusqu'à l'os, puis, à l'aide de la rugine, on décollera le périoste du tissu osseux et, se servant de la pince-rouge et du marteau, on pratiquera dans la table externe une brèche assez large pour permettre la décortication de la poche kystique.

Dans le second cas, l'incision s'arrêtera à la paroi kystique, que l'on décollera du périoste pour permettre d'agrandir, si c'est nécessaire, à l'aide de la pince-gouge, la brèche osseuse, puis on passera au temps suivant.

A ce moment, les lèvres de l'incision étant écartées, on entreprend la décortication de la poche kystique à l'aide d'un instrument mousse. Elle s'effectue assez facilement si le kyste n'est pas infecté.

Au cours de ce temps, il se produit souvent de petites hémorragies provenant de la rupture des quelques adhérences de la poche kystique à la paroi osseuse, notamment au niveau de la face postérieure; elles n'ont aucune importance, et une fois l'énucléation terminée, un tamponnement de quelques minutes suffit à les tarir.

Une fois le kyste extirpé, on termine par un curettage de la collerette d'insertion du kyste sur la racine. Souvent, ce curettage nécessite, pour être bien fait, la résection d'une portion de la racine mise à nu dans la cavité.

Ceci est la marche de l'opération dans les cas simples. Mais, bien souvent, notamment quand il est infecté, le kyste est très adhérent à la cavité osseuse et se déchire facilement. On est alors obligé de terminer l'opération à la curette, en tamponnant souvent, car la plaie saigne abondamment. L'opération sera terminée quand, une fois le dernier tamponnement enlevé, la cavité se présentera sous l'aspect d'une surface blanche et brillante.

Dans les kystes juxta-sinusiens, un temps délicat est représenté par la décortication de la poche kystique au niveau de la fibro-muqueuse sinusienne quand le tissu osseux qui la sépare de la paroi kystique est déjà déhiscent.

2° *Méthode de marsupialisation ou de Partsch.* — La technique est plus simple.

Au niveau de la saillie kystique, on pratique deux incisions curvilignes de la muqueuse gingivale; le lambeau intermédiaire est enlevé. Puis la même incision est faite au niveau de la poche kystique, et l'on termine en suturant les lèvres de la poche aux lèvres de l'incision.

b) TEMPS DENTAIRE. — Ici encore, deux méthodes ayant chacune leurs indications, comme nous le verrons ultérieurement : méthode mécanique, méthode du Docteur Bernard.

1° *Méthode mécanique.* — Une fois le temps tumoral terminé (nous avons vu précédemment que la dent avait été préparée), on dégage le canal radiculaire pour y introduire une mèche de coton imbibée de pérhydrol ⁽¹⁾ que l'on recouvre d'un pansement compressif à la gutta-percha destiné à provoquer une hyperpression dans la chambre pulpaire. Sous cet effet, le pérhydrol dégage son oxygène, qui va sor-

(1) Eau oxygénée à 100 volumes.

tir par l'orifice apical. Ce temps préliminaire a pour but de contrôler la perméabilité du canal radiculaire.

Ce contrôle fait, on dégage le canal radiculaire pour y introduire d'abord une mèche imbibée d'acide phénique suivie d'une mèche de pérhydrol et l'on recouvre à nouveau d'un pansement compressif à la gutta-percha. Sous l'influence du dégagement gazeux, l'acide phénique est entraîné tout le long du canal radiculaire et sort par l'orifice apical en bavant, puis va se répandre tout autour, détruisant par sa causticité les derniers restes de la collerette d'insertion du kyste que le curettage aurait pu laisser.

Cette opération, pour plus de sécurité, peut être répétée deux ou trois fois.

On termine ce temps par l'obturation complète du canal radiculaire à l'aide d'une pâte composée d'oxyde de zinc et d'eugénol.

2° *Méthode du Docteur Bernard.* — Nous ne donnerons ici que des données générales, renvoyant aux thèses du Docteur Bernard et du Docteur Cayre pour la technique même de la méthode.

Par la migration d'ion I^3 sous l'influence d'un courant électrique, il assure la stérilisation des canaux et du péri-apex des dents traitées.

On termine ici comme précédemment par l'obturation complète du canal radiculaire à l'aide d'une pâte quelconque.

Le rôle de l'ionophorèse ne s'arrêterait pas là, d'ailleurs, et favoriserait même la régénération osseuse péri-apicale.

FIN DE L'INTERVENTION. — On fait un attouchement de toute la cavité avec une solution de chlorure de zinc au dixième, suivi d'un lavage avec une solution antiseptique, eau oxygénée par exemple. On finit par un méchage non compressif avec une mèche de gaze iodoformée, qui sera laissée trois jours, à moins de complications.

SUITES DU TRAITEMENT.

Les suites opératoires sont les mêmes que celles des traitements classiques.

Il suffit de changer la mèche iodoformée tous les trois ou quatre jours pendant plusieurs semaines. Puis on abandonne les soins entre les mains du malade, en lui recommandant des lavages antiseptiques faibles de la cavité à l'aide d'une irrigation au bock plusieurs fois par jour, notamment après les repas.

La guérison définitive demande plusieurs mois; elle sera plus longue avec la méthode de marsupialisation qu'avec la méthode d'énucléation.

Quant à la dent causale, son obturation définitive pourra être faite dans les jours qui suivent, mais, si elle doit servir à un but prothétique, il y a intérêt à attendre plusieurs mois pour avoir une consolidation plus assurée.

TROISIEME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE LA METHODE CONSERVATRICE

Cette méthode conservatrice de la dent aura des indications très précises à trois points de vue : fonctionnel, prothétique, esthétique.

Nous éliminerons d'emblée du bénéfice de cette méthode le traitement des kystes des dents temporaires. Cette méthode ne peut s'appliquer qu'aux dents permanentes, à condition, cependant, qu'elles présentent des garanties physiologique suffisantes. Ces garanties nous seront données par les résultats de l'examen clinique et radiographique de la dent, de l'alvéole et du maxillaire.

L'examen clinique nous fera rejeter cette méthode dans tous les cas où nous aurons une perte de substance trop grande pour assurer une restauration morphologique *ad integrum* et chaque fois que la mobilité anormale sera trop perceptible.

L'exploration des canaux radiculaires devra être pratiquée systématiquement, leur perméabilité étant nécessaire à l'application du deuxième temps de notre traitement. En cas de ténuité trop grande, nous devrons recourir aux méthodes de dilatation des canaux par les procédés physiques et chimiques courants.

La radiographie nous donnera des précisions importantes sur la couronne, la racine, la membrane circumradiculaire, le maxillaire lui-même.

Sur la couronne, elle nous permettra de constater une décalcification plus ou moins importante qui nous indiquera un état de moindre résistance de cette couronne en comparaison avec l'aspect des dents saines voisines.

Sur la racine, nous pourrons constater toutes les lésions possibles de l'arthrite chronique; et, dans tous les cas où nous observerons soit une résorption radiculaire trop importante, soit l'imperméabilité des canaux par des corps étrangers, nous devons rejeter la méthode conservatrice.

Enfin, l'alvéole elle-même, qui doit nous montrer normalement un espace clair bien net entre la dent et le tissu alvéolaire, devra être considérée avec beaucoup d'attention. Nous devons toujours vérifier le bon état du ligament pour conserver la dent.

De plus, le maxillaire devra être en parfait état au niveau de l'alvéole et, dans les cas de disparition massive de celui-ci, notre méthode sera à rejeter.

Pour conclure, nous dirons que cette méthode conservatrice pourra s'appliquer dans des cas très nombreux.

Au point de vue clinique, nous pourrons l'appliquer à toutes les dents du maxillaire supérieur, mais surtout aux monoradiculaires et aux bicuspidés. Pour les grosses molaires supérieures, cette méthode peut s'appliquer, mais, étant donnés les rapports avec le sinus, nous préférons les cures radicales. Nous avons cependant une observation avec bon résultat (obs. VI).

Au maxillaire inférieur, les indications sont identiques. Seul le voisinage du canal dentaire et du trou mentonnier pourra faire préférer, dans certains cas, la cure radicale afin d'éviter les névralgies faciales secondaires provoquées par le pérhydrol et l'acide phénique.

Cette méthode sera donc indiquée :

1° Toutes les fois que nous aurons des dents dont la cou-

ronne pourra supporter une reconstitution anatomique ou une pièce de prothèse.

2° Toutes les fois que la racine présentera des garanties suffisantes : nous devons avoir une racine solide, conservant au moins les deux tiers de son implantation alvéolaire et dont la mobilité anormale sera peu importante.

3° Enfin, les lésions plus ou moins marquées du maxillaire et de la membrane circumradiculaire, par suite de pyorrhée alvéolo-dentaire, nous permettront d'accepter ou de rejeter l'intervention conservatrice.

Nous comprenons ainsi que cette méthode s'applique surtout aux kystes de petit et moyen volumes, n'entraînant pas, en général, de gros délabrements osseux et radiculaires.

CHAPITRE II

CHOIX DE LA METHODE A EMPLOYER

Pour le temps tumoral, le choix sera guidé par les résultats de l'examen clinique et radiologique.

Nous utiliserons de préférence la méthode d'énucléation avec curettage; bien faite, elle supprime mieux que la suivante les craintes de récidence, et la guérison est plus rapide. Cependant, elle présente quelques inconvénients : elle est plus mutilante, plus longue, plus minutieuse que la méthode de Partsch; dans les cas de kystes avoisinant un des organes importants des maxillaires (sinus, fosses nasales, paquet vasculo-nerveux dentaire inférieur, région apicale d'une dent voisine, etc.), l'énucléation risque de provoquer des lésions de ces organes. Enfin, chez les sujets à tendance hémophile, elle peut amener des hémorragies primitives ou secondaires importantes.

Elle sera donc indiquée de préférence dans les kystes sans rapport immédiat avec les organes des maxillaires.

La méthode de marsupialisation a aussi ses défenseurs; pour nous, ses indications découleront surtout des contre-indications de la méthode précédente, et nous l'emploierons quand nous voudrions faire une intervention minima, ou lorsque l'énucléation provoquerait de trop gros délabrements, ou chez les sujets hémophyles, pour supprimer une grosse partie du risque d'hémorragie, ou bien encore si les kystes se trouvent en contact avec des organes importants que nous voudrions tâcher de conserver intacts.

Pour le temps radiculaire, la méthode mécanique a déjà

fait ses preuves dans le traitement conservateur des foyers apexiens. Nous l'utiliserons chaque fois que le canal radiculaire, étant perméable sur toute sa longueur, sera ouvert aux deux extrémités.

L'ionophorèse du Docteur Bernard sera appliquée aux autres dents que l'on tient à conserver et que l'on ne peut traiter par la première méthode, c'est-à-dire lorsque le canal radiculaire ne fera pas une fistule ouverte.

QUATRIEME PARTIE

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Clinique stomatologique de l'Hôpital Saint-André,
service du Docteur DELGUEL.)

Kyste paradentaire de D² à siège palatin.

S... (L.), 21 ans, ouvrier métallurgiste.

Ce malade vient nous consulter pour une tuméfaction de sa voûte palatine, qui est apparue progressivement depuis quelque temps.

A l'examen, on trouve une tuméfaction du volume d'une noisette bombant sur la voûte palatine au niveau de la région D³. L'examen de la dentition montre une arcade dentaire complète. La recherche de la vitalité des différentes dents pouvant être en rapport avec la tumeur nous donne : D⁴ atteinte de carie pénétrante, D³ ne réagissant que faiblement à l'excitation calorique et D² présentant un aspect terne caractéristique et ne réagissant pas.

Une radiographie est pratiquée qui montre un kyste paradentaire de D² du volume d'une petite noix, avec envahissement de la région apicale de D³.

Intervention en 1930 : Marsupialisation de la poche kystique par la voie palatine et traitement conservateur par la méthode du Docteur Bernard de D² et D³.

Suites opératoires normales.

Le malade est revu un an après environ. A l'examen clinique, la cavité de la voûte palatine a presque complètement disparu, D² et D³ sont bien consolidées. Une nouvelle radiographie marque une disparition presque complète de l'image kystique.

OBSERVATION II.

(Docteurs DUBERNARD et CAYRE.)

Kyste paradentaire de D² à siège palatin.

Mlle I., (P.).

En mai 1930, cette malade vient à notre consultation pour une tuméfaction indolore siégeant au niveau du palais et datant de plusieurs années.

L'examen montre une tumeur de la voûte palatine, dure, non douloureuse. A l'examen dentaire, D¹, D³, D⁴ sont normales. D² présente une obturation au ciment synthétique. Cette dent a été parfois sensible au toucher et à la mastication; elle présente une mobilité anormale.

A la radio, une pâte obture le canal radiculaire de D² jusqu'à son extrémité, l'obturation est en parfait état; les parois alvéolaires sont normales et on note une tumeur arrondie à contours nets, au niveau de son apex.

Intervention le 17 mai 1930. Enucléation de la paroi kystique, curettage périapical, traitement de D² par la méthode pérhydrol-acide phénique.

Suites opératoires normales.

La guérison se maintient en 1932.

OBSERVATION III.

(Clinique stomatologique de l'Hôpital Saint-André,
Service du Docteur DELGUEL.)

Kyste paradentaire infecté de D¹ D².

M. X..., abbé, 37 ans.

Ce malade vient nous consulter en juin 1930 pour une tuméfaction à siège vestibulaire au niveau de D¹, D², devenues douloureuses subitement.

L'examen nous montre une grosse tuméfaction rouge, douloureuse, rémittente, en rapport avec D¹, D², qui sont atteintes de carie pénétrante ancienne et traitée.

A la radiographie, on note une image claire arrondie englobant les apex de D¹, D²; les alvéoles sont en bon état.

On incise la poche kystique; du pus s'écoule en grande quantité et en quelques jours les phénomènes douloureux et inflammatoires s'amendent.

Huit jours après, on pratique l'intervention : marsupialisation de la poche kystique, résection apicale des racines de D¹ D², qui sont à nu dans la cavité kystique, et traitement de ces dents par la méthode pérhydrol-acide phénique.

Suites opératoires normales.

Depuis, on n'a pas eu de nouvelles du malade.

OBSERVATION IV.

(Docteur DELGUEL.)

Kyste paradentaire de l'incisive latérale.

M. X..., cultivateur à Castelnau-du-Médoc (septembre 1931).

Gros kyste du volume d'un œuf de pigeon à siège vestibulaire.

Intervention par la méthode d'énucléation.

Résection apicale au tiers supérieur et traitement de la dent par la méthode pérhydrol-acide phénique.

Suites opératoires normales.

La guérison se maintient depuis plus d'un an.

OBSERVATION V.

(Docteurs DELGUEL et DUBERNARD.)

Kyste paradentaire de G³.

M. M..., agent de la Sûreté (mai 1929).

Kyste para-dentaire de G³ à évolution vestibulaire et osseuse du volume d'une noix, G³ est atteinte de carie pénétrante ancienne.

La radiographie confirme le diagnostic.

Le traitement conservateur est appliqué par la méthode d'énucléation de la poche kystique, avec résection apicale de G³. Trai-

tement conservateur de G³ par la méthode perhydrol-acide phénique.

Suites opératoires normales.

La guérison se maintient depuis plus de trois ans.

OBSERVATION VI.

(Docteur DUBERNARD et M. GOURDON, chirurgien-dentiste.)

*Double kyste paradentaire du maxillaire supérieur gauche,
le premier sur G⁴, le deuxième sur G⁶.*

M. B..., 27 ans (octobre 1931).

Diagnostic confirmé par la radiographie.

Le traitement conservateur est appliqué par la méthode d'énucléation; traitement de G⁴ et G⁶, suivant la technique du Docteur Bernard.

OBSERVATION VII.

(Docteur DUBERNARD.)

Kyste paradentaire du volume d'une noisette de D¹.

Mlle X..., 32 ans (Janvier 1932).

Cette malade vient nous consulter pour une fistule dentaire secondaire à un curettage de kyste paradentaire péri-apical de D¹.

Histoire de la maladie. — Petit kyste paradentaire déformant la lèvre supérieure. Cette malade a vu en consultation en 1928 un oto-rhino-laryngologiste qui a pratiqué une cautérisation du kyste.

Au printemps 1931, à ce même niveau, la malade voit apparaître un abcès qui se fistulise. C'est à ce moment qu'elle vient nous consulter.

Nous pensons à un kyste vestibulaire suppuré. La radio vient confirmer le diagnostic.

Intervention. — Enucléation de la poche kystique. Résection apicale de D¹; traitement conservateur de la dent par la méthode ordinaire pérhydrol-acide phénique.

OBSERVATION VIII.

(Docteur DUBERNARD.)

Kyste double du maxillaire supérieur au niveau de G³ et D⁴.

Mlle M..., 21 ans (28 avril 1932).

La malade se présente à notre consultation, le 28 avril 1932, pour des tuméfactions indolores des sillons vestibulaires supérieurs droit et gauche.

L'examen nous montre sur G³ et D⁴ la présence de petites tumeurs dures du volume d'une petite noisette. Le diagnostic de double kyste paradentaire est posé, d'ailleurs confirmé par la radiographie.

Traitement le 29 avril sous anesthésie locale par énucléation des poches kystiques et résection apicale. Les dents sont traitées par la méthode conservatrice pérhydrol-acide phénique.

En octobre, la guérison paraît assurée, et la radiographie confirme l'absence de récurrence.

CONCLUSIONS

En résumé, les notions précédentes nous permettent d'affirmer que :

1° C'est l'infection pulpaire atténuée qui est la cause de l'apparition du kyste et de son développement;

2° Les kystes paradentaires sont des tumeurs à évolution progressive avec des caractères histologiques bénins;

3° Dans un kyste paradentaire, la partie néoplasique est représentée par la couche épithéliale;

4° Si le kyste a un point de départ radiculaire, il devient rapidement et reste une lésion maxillaire en connexion avec une lésion radiculaire;

5° Les lésions radiculaires provoquées par le kyste sont le plus souvent relativement minimales et ne sont pas suffisantes pour expliquer l'avulsion systématique de cette dent;

6° La partie épithéliale du kyste ne peut être détruite que par une intervention chirurgicale, du moins dans l'état actuel de nos connaissances.

De là, il résulte que toute thérapeutique réalisant, d'une part, la destruction de la couche épithéliale du kyste, d'autre part la désinfection du canal radiculaire et de la membrane circumradiculaire, sera suffisante pour assurer la guérison immédiate et éviter toute récurrence ultérieure.

Nous réaliserons ce double but de la façon suivante :

La destruction de la couche épithéliale kystique sera faite

suivant un des méthodes chirurgicales classiques : énucléation ou marsupialisation, suivant le cas clinique.

Quant à la désinfection du canal radiculaire et de la membrane circumradiculaire, nous utiliserons dans ce but les méthodes employées pour le traitement dentaire des foyers périapicaux.

Soit la méthode mécano-chimique de l'emploi combiné du pérhydrol ⁽¹⁾ et de l'acide phénique, le pérhydrol agissant comme caustique, antiseptique, notamment vis-à-vis des anaérobies, et comme vecteur du deuxième médicament; l'acide phénique complétant l'action du pérhydrol; il est plus caustique et c'est un puissant antiseptique.

Soit la méthode de l'ionophorèse du Docteur Bernard, qui utilise l'ion I³ comme antiseptique.

Le traitement conservateur des kystes paradentaires par ces méthodes nous a donné de très bons résultats dans tous les cas où nous l'avons employé. Il mérite, à notre avis, une utilisation très fréquente.

(1) Le pérhydrol : Eau oxygénée à cent volumes.

VU : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
• *Le Président,*
CAVALIE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 12 décembre 1932.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ADLER. — Les kystes odontogènes. Thèse Strasbourg, 1930.
- AUDHUY. — Les kystes d'origine dentaire. Thèse Bordeaux, 1931.
- BERNARD. — Ionophorèse dentaire. Thèse Lyon, 1929.
- BOURGOIN. — Kystes paradentaires, leur traitement. Thèse Paris, 1908.
- CAVALIÉ. — La cure radicale des kystes paradentaires à la période de déformation. *Bibliographie dentaire*, n° 12, déc. 1908.
- Notes d'anatomie et d'histologie pathologique concernant les kystes paradentaires. *Bibliographie dentaire*, n° 14, février 1909.
- DELABTER et BERCHER. — Le granulome périapical, dysembryoplasie, épithéliale, première étape des tumeurs périradiculaires. Soc. de stomat. de Paris, séance du 15 janv. 1923.
- Recherches sur l'unité des différentes variétés de kystes paradentaires. *Odontologie*, 30 avril 1922.
- Kystes paradentaires. *Rev. de stomat.*, 1922.
- DELGUEL et SANTENAC. — Kystes paradentaires. Procédé de Partsch.
- GRANDCLAUDE et MAUREL. — Rapports des kystes paradentaires et du sinus maxillaire.
- JACQUES. — Kyste paradentaire et son traitement. *Rev. de laryng.*, 1920.
- LACRONIQUE. — Le traitement chirurgical des infections apexiennes. VI^e Congrès de stomatologie, in *Rev. de stomat.*, 1929.
- MAGITOT. — *Arch. gén. de méd.*, 1872.
- MALASSEZ. — Des débris épithéliaux paradentaires, Publié par GALIPPE. Paris, 1910, Masson, édit.
- MAUREL. — Chirurgie maxillo-faciale : les kystes paradentaires. Conférence IX et X.

PORTMANN et LEDUC. — L'anesthésie loco-régionale O.-R.-L. et en chirurgie cervico-faciale.

REDIER. — Notes sur la pathogénie des kystes paradentaires. *Rev. de stomat.*, 1907.

— Pathogénie des kystes paradentaires, le granulome. *Compte rendu du I^{er} Congrès français de stomatologie*, 1907, in *Rev. de stomat.*, 1907.

ROY et TELLIER. — *Rev. de stomat.*, 1925.

SEIMBILLE. — Au sujet de la technique opératoire des gros kystes paradentaires du maxillaire supérieur. *Rev. de stomat.*, 1930.

SIRANTOINE. — Kystes paradentaires. Thèse Nancy, 1903.

